

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N^o 344

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Jean DEBRAY

né à Paris, le 24 février 1911.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Étude clinique de la
Lymphadénie Tuberculeuse

Président : M. A. CLERC, Professeur.

PARIS

JOUBE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean DEBRAY

né à Paris, le 24 février 1911.

Ancien externe des Hôpitaux de Paris.

Étude clinique de la
Lymphadénie Tuberculeuse

Président : M. A. CLERC, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale.	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	GAYET Physiologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
BULLIARD Histologie.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CATHALA Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.
DOGNON Physique.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
FEY Urologie.	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LÉVY . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRULÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LÉRY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE
LE DOCTEUR A. DEBRAY

A MA MERE

A MES PARENTS ET AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CLERC

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine.
Officier de la Légion d'Honneur.

*En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance pour l'honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence de notre
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
GUY-LAROCHE

Médecin des Hôpitaux.
Chevalier de la Légion d'Honneur.

*En le priant d'agréer nos remercie-
ments pour avoir bien voulu nous inspirer
l'idée de ce travail et nous aider de ses
conseils.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage :

M. LE PROFESSEUR CARNOT.

M. LE PROFESSEUR CUNEO.

M. LE DOCTEUR HALLERON.

Externat :

M. LE DOCTEUR GERNEZ.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

MOULONGUET-DOLERIS

M. LE DOCTEUR MALLET.

M. LE DOCTEUR ARMAND DELILLE.

M. LE DOCTEUR BASCH.

M. LE DOCTEUR PRUVOST.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GUY-LAROCHE.

M. LE DOCTEUR LEMELAND.

INTRODUCTION

La tuberculose ganglionnaire offre un grand polymorphisme; elle se présente tantôt sous forme d'adénite monoganglionnaire tantôt sous forme d'adénite polyganglionnaire soit avec micropolyadénopathie soit avec macropolyadénopathie; cette dernière forme quand elle évolue vers la caséification et la fistulisation est d'un diagnostic facile, au contraire lorsqu'elle tend vers la sclérose, le diagnostic est délicat.

C'est cette forme clinique de tuberculose hypertrophiante des ganglions, sans aucune tendance au ramollissement, simulant le lymphadénome aleucémique, c'est cette lymphadénie que nous allons étudier.

Tout d'abord nous ferons rapidement l'historique de la question, à dater du moment où il a été décrit un syndrome ganglionnaire analogue à celui qui nous occupe, mais surtout à partir du moment où la tuberculose pluri-ganglionnaire a été individualisée.

Nous présenterons ensuite deux observations de cette maladie, nous nous efforcerons de montrer quels sont les symptômes principaux qui la caractérisent et nous rechercherons les diagnostics différentiels qu'elle pose.

Nous étudierons en particulier les signes qui permettaient jusqu'ici de différencier, dans une certaine mesure,

la lymphadénie tuberculeuse de la lymphogranulomatose.

Dans cet exposé nous nous placerons uniquement sur le terrain clinique en dehors de toute recherche bactériologique, biologique ou expérimentale.

Enfin nous tirerons les conclusions que nous aura inspirées cette étude sur la lymphadénie tuberculeuse.

HISTORIQUE

— En 1832, HODGKIN décrivait un syndrome caractérisé par l'hypertrophie ganglionnaire, la splénomégalie et la cachexie; il en donnait sept cas de nature bien différente.

— Treize ans plus tard, BENNET donne le nom de leucocythémie et VIRCHOW, celui de leucémie à l'augmentation permanente du nombre des globules blancs du sang, distinguant ainsi cette augmentation de celles, pathologiques ou physiologiques, qui sont transitoires et auxquelles on a donné le nom de leucocytose. Ils sont les premiers à découvrir cette altération du sang et VIRCHOW intitulait sa première observation « sang blanc » (Weisses blut).

— Mais rapidement on publia des observations prouvant l'existence de l'hypertrophie simple des ganglions sans augmentation du nombre des globules blancs dans le sang; ce sont les états aleucémiques.

— WILKS établit la réalité de cette lymphadénie ganglionnaire simple ainsi que BONFILS qui signale l'existence d'hypertrophies ganglionnaires généralisées sans altération du sang, ce qui fait passer au deuxième plan la leucocythémie que BENNET et VIRCHOW considéraient comme un signe capital et cette notion s'établit qu'il peut y avoir des hypertrophies ganglionnaires sans leucocytose, hypertrophies auxquelles WUNDERLICH donne le nom de pseudoleucémie.

— COSSY en 1861 publie un mémoire « pour servir à l'histoire de l'hypertrophie plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques sans leucémie ».

— BILLROTH, CONHEIM, un an après, observent des cas d'hypertrophie ganglionnaire et splénique sans leucémie et BILLROTH pose la question de la nature tuberculeuse du lymphome malin.

— Mais c'est en 1863 que TROUSSEAU, réunissant toutes les observations déjà publiées, décrit dans une célèbre leçon, sous le nom d'adénie, les hypertrophies ganglionnaires sans leucémie, englobant ainsi l'anémie lymphatique des auteurs anglais et la pseudoleucémie des auteurs allemands.

— L'adénie est ensuite étudiée par COMOY, OLLIVIER et RANVIER, ROSSET, EBERTH, MEYER, WOOD.

— En 1872, JACCOUD considère le tableau clinique donné par TROUSSEAU comme étant exactement le même que celui de la leucocythémie, seul l'examen du sang permettant de faire le diagnostic, et en raison de cette identité clinique que présentent les lésions ganglionnaires dans la leucémie et la pseudoleucémie il envisage ces deux formes comme deux variétés d'une même espèce morbide à laquelle il donne le nom de diathèse lymphogène.

En 1875 dans sa thèse « Etude sur la lymphadénie » DEMANGE pense que la diathèse lymphogène peut par certains côtés se rapprocher de la tuberculose, mais quelques lignes plus loin il donne des preuves les séparant nettement.

— WEIGERT, en 1884, découvre le premier, dans plusieurs cas de pseudoleucémie « des bacilles ressemblant au bacille tuberculeux ».

— Mais il faut attendre 1888 pour que la tuberculose entre vraiment dans l'étiologie du syndrome jusque là décrit et c'est seulement à dater de ce moment que l'on va admettre et classer la lymphadénie tuberculeuse.

— En effet, ASKANAZY pour la première fois décrit une adénopathie volumineuse externe et profonde, dans laquelle la tuberculose est seule en jeu et qualifie ce cas de : tuberculose aiguë, fébrile, anémiante et mortelle en quelques mois.

— Ce sont ensuite HEBB et WILLS, WEBER, LIEBMAN, WINIWARTER, BRENTANO et TANCL qui signalent des tuberculoses ganglionnaires de la forme qui nous intéresse ainsi que WEISHAUP qui, en 1891, décrit une lymphadénie tuberculeuse en imposant pour une pseudo-leucémie subaiguë.

— Mais c'est grâce surtout aux travaux français que la tuberculose multiganglionnaire va être bien individualisée.

— En 1892, DUFFAU dans un article sur la nature de la lymphadénie pense que dans certains cas le processus lymphadénique représente une infection tuberculeuse à évolution lente, n'aboutissant pas au substratum anato-mo-pathologique qu'on est habitué à voir dans la majorité des cas et échappant à la caséification.

— Puis DUPLAY, en 1892, dans son étude sur la lymphadénome et l'adénopathie tuberculeuse publie deux observations : la première, d'adénopathies multiples chroniques dont le diagnostic précis était resté en suspens, une seconde dans laquelle on avait constaté les caractères du lymphadénome bénin alors qu'il s'agissait de tuberculose ;

l'auteur estime du reste qu'il peut y avoir coexistence des deux.

— La même année SABRAZÈS décrit une macropolyadénopathie tuberculeuse pseudolymphomateuse : affection lente, progressive, avec poussées fébriles, ou apyrétique; les ganglions sont gros, durs, indolents et souvent on trouve une hyperleucocytose et une polynucléose modérée.

— En 1893, au Congrès de chirurgie, VERNEUIL cite trois observations de lymphadénome et cet auteur voit, tout au moins dans certains lymphadénomes, un hybride tuberculo-arthritique; il pense qu'il serait bon d'analyser les divers cas de cette affection à ce point de vue.

— En même temps DELBET insiste sur ce fait que la tuberculose peut simuler le lymphadénome : il croit que les hypertrophies ganglionnaires généralisées doivent être d'origine infectieuse et il entend par là qu'elles sont déterminées par des microbes du genre le plus vulgaire tels par exemple le bacille tuberculeux ou le staphylocoque.

Il donne ensuite des arguments à l'appui de cette hypothèse, publie deux observations et conclut « qu'on est en droit de dire que la tuberculose peut produire des hypertrophies ganglionnaires généralisées à la manière du prétendu lymphadénome ».

— DIETRICH, en 1896, affirme l'existence d'une forme rare de tuberculose ganglionnaire qui évolue complètement sous l'aspect d'un lymphome malin, sans ramollissement ni ouverture en dehors.

— L'année suivante FISCHER rapporte un cas de lymphadénome pour lequel l'inoculation au cobaye décèle la nature tuberculeuse d'une tumeur ganglionnaire considérée

pendant la vie et à l'autopsie même, de nature leucémique.

— En 1897, DUCLION, dans sa thèse, définit deux types d'adénopathies : un premier type évoluant comme une tumeur maligne ayant tendance à s'accroître, envahissante, récidivante, évoluant vers la mort, c'est le lymphosarcome et un second type offrant parfois les mêmes aspects cliniques, susceptible de provoquer les mêmes accidents fonctionnels ou généraux et reconnaissant comme cause la tuberculose hypertrophiante sans tendance à la fistulisation.

Puis cet auteur relate seize cas inédits d'hypertrophies ganglionnaires parmi lesquels il a trouvé neuf fois le lymphosarcome et sept fois la tuberculose; il décrit cette dernière : maladie présentant les mêmes apparences que les tumeurs des ganglions et dont le diagnostic est très difficile cliniquement, constituée par des adénopathies siégeant dans les régions cervicales, non fixées aux plans profonds, non envahissantes, ni constamment progressives comme celles du lymphosarcome s'accompagnant de température, et évoluant en cinq ou dix ans.

— En 1898, STERNBERG publie un ouvrage « sur une tuberculose particulière du système lymphatique évoluant sous le masque de la pseudoleucémie » et peu de temps après avec PALTAF il établit la base anatomopathologique de la lymphogranulomatose.

— En 1899, BERGER et BEZANÇON dans le Bulletin de l'Académie de Médecine décrivent la tuberculose ganglionnaire pseudolymphadénique ou lymphome tuberculeux, ayant recueilli trois observations « qui leur permettent de préciser tant au point de vue clinique qu'ana-

tomo-pathologique, le type de cette forme si spéciale que revêt, dans des cas plus fréquents peut-être qu'on ne le pense, l'infection tuberculeuse des ganglions lymphatiques ». Pour eux le lymphome tuberculeux se présente sous forme de tumeur ganglionnaire généralement unique, plus rarement sous l'aspect d'un petit groupe de tumeurs juxtaposées, isolables, mobiles sur les plans profonds et sous les plans superficiels; on ne trouve ni ramollissement, ni fluctuation; cette masse est indolente et ne donne lieu à aucun trouble de compression; pas de lésion du foie ou de la rate; la maladie évolue très lentement entre cinq et dix huit ans et la terminaison se fait par une généralisation tuberculeuse.

Ces auteurs n'ont jamais constaté l'extension du processus tuberculeux à la rate, mais, disent-ils, si elle existe (comme c'est le cas dans une de nos observations) il y aurait une analogie de plus avec la lymphadénie vraie et ils concluent : affection localisée à un ganglion ou à un groupe de ganglions, à évolution excessivement longue avec accroissement graduel et parfois considérable des ganglions malades.

— Puis COURMONT, TIXIER et BONNET publient la remarquable observation d'une lymphadénie tuberculeuse généralisée, à début cervical, avec splénomégalie, évoluant en 3 ans et se terminant par une méningite.

Sur les coupes histologiques ils trouvèrent des follicules tuberculeux dans les ganglions, la rate, le foie, les méninges et portèrent le diagnostic de lymphadénie ganglionnaire et viscérale sans leucémie.

Ils signalent trois types de lymphadénie tuberculeuse :

1) Lymphadénie ganglionnaire (partielle ou généralisée) forme de SABRAZÈS.

2) Lymphadénie splénique (splénomégalie tuberculeuse, cas de RENDU et WIDAL).

3) Lymphadénie ganglionnaire et viscérale. (COURMONT, TIXIER et BONNET).

Dans une communication faite au Congrès de Lille, BEZANÇON et LABBÉ déclarent que sous le nom de lymphadénome on confond trois variétés de tumeurs :

1° Le lymphome tuberculeux;

2° Les adénites à marche spéciale désignées sous le nom d'adénites infectieuses;

3° Le lymphadénome vrai.

— En même temps AUBRY et VILLARD présentent à la société médico chirurgicale des Hôpitaux de Nantes une lymphadénie pseudoleucémique chez une jeune fille de 17 ans avec hypertrophie du foie, de la rate, et mort dans un état infectieux.

Les auteurs posent le diagnostic de lymphadénie aleucémique et MONNIER dans la discussion qui suit, pense à une forme de tuberculose ganglionnaire.

— En 1903, trois auteurs publient des observations relatives à la tuberculose hypertrophiante des ganglions sans aucune tendance au ramollissement; ce sont SCHUR, STEINHAUS, HITSCHMANN et STROSS.

— RISPAL, en 1906, à propos d'un cas de lymphadénie tuberculeuse dans sa forme adéno splénique, superposable, dit-il, à celui de COURMONT, TIXIER et BONNET, étudie les différents aspects que peut prendre cette forme de tuberculose et montre comment cette maladie

frappant soit isolément, soit successivement les ganglions, la rate, le foie, peut reproduire, au moins cliniquement, les divers types de lymphadénie aleucémique.

Il conclut que le bacille tuberculeux semble quelquefois capable de se localiser exclusivement dans les ganglions lymphatiques et l'appareil spléno-hépatique, provoquant dans ces organes une réaction de défense spéciale « qui reproduit et emprunte les allures cliniques de la lymphadénie dans ses différentes formes ».

— En 1910, GAUDIANI donne une observation de cette forme de tuberculose et il pense que la maladie décrite sous le nom de pseudoleucémie fébrile reconnaît le plus souvent comme cause la tuberculose et qu'il est très difficile de distinguer la pseudoleucémie de l'adénie aleucémique.

— Le Professeur ROQUES, dans la Revue de médecine de 1911, fait un remarquable exposé sur la lymphadénie ganglionnaire aleucémique d'origine tuberculeuse.

Il divise les lymphadénies aleucémiques en trois classes : lymphosarcome, lymphadénie infectieuse, lymphadénie tuberculeuse, cette dernière étant de loin la plus fréquente (STERNBERG dans ses statistiques sur les lymphadénies aleucémiques donne, pour celles qui sont d'origine tuberculeuse, la proportion de 15 pour 18). La conception classique est qu'il s'agit d'une localisation ganglionnaire d'une tuberculose atténuée et peu virulente, relevant du traitement chirurgical; l'auteur, lui, croit au contraire que ces ganglions hypertrophiés jouent un rôle de barrière, arrêtent les bacilles, empêchent leur diffusion et qu'il faut dans une certaine mesure les respecter.

Enfin il estime que la réaction ganglionnaire défensive est tantôt du type inflammatoire et tantôt du type néoplasique.

— En 1912, STERNBERG revenant sur sa conception étiologique première de la lymphogranulomatose n'admet plus aucun rapport entre cette maladie et la tuberculose.

— La même année RIEUX dans une « Revue critique sur la pseudoleucémie » classe l'adénopathie tuberculeuse dans les maladies de nature non leucémique, localisées aux organes sanguiformateurs et présentant l'aspect pseudoleucémique; pour lui c'est la pseudoleucémie tuberculeuse dans laquelle les ganglions trachéo-bronchiques sont toujours intéressés.

— TESSEYRE, en 1919, dans sa thèse sur la lymphadénie aleucémique estime que celle-ci réalise un syndrome pouvant être d'origine : néoplasique, tuberculeuse, infectieuse soit adénie de TROUSSEAU, soit maladie de HODGKIN

— L'année suivante, WEILL et DUFOURT étudient la lymphadénie aleucémique, ils concluent que cette maladie est souvent d'origine tuberculeuse et qu'il ne faut pas élever une barrière absolue entre « lymphadénie aleucémique ou pseudoleucémie ou adénie et leucémie lymphoïde ganglionnaire ».

— Un peu plus tard FAVRE, au IV^e Congrès de dermatologie déclare : « La tuberculose dans certaines formes d'ailleurs rares peut prendre l'aspect d'un lymphadénome. Dans cette forme généralisée de tuberculose lymphatique, le prurit n'est pas signalé. »

— En 1926, P. E. WEILL réunit les syndromes jus-

que là décrits sous le nom de lymphadénie, celle-ci pouvant être typique (tous les états leucémiques) ou atypique comprenant alors la lymphomatose, la lymphomatose sarcomateuse, la lymphogranulomatose et les pseudoleucémies secondaires aux infections.

— Un an après, à la Société médicale des Hôpitaux à la suite d'une communication de DESTOUCHES et AUBERTIN, Marcel LABBÉ intervenant dans la discussion déclare qu'il existe des cas où la tuberculose provoque une véritable adénie ou lymphogranulomatose.

— Puis en 1928, CASTAIGNE dans le Journal Médical Français donne une classification schématique des lymphadénies et trouve que le diagnostic est parfois très délicat, certaines adénopathies tuberculeuses pouvant simuler une lymphadénie.

Dans le même journal, SABRAZÈS étudie la macropolyadénopathie tuberculeuse pseudolymphadénomateuse, expose les signes principaux de cette maladie, son évolution, sa terminaison et conclut que bien souvent la biopsie redresse un diagnostic clinique erroné d'adénopathie.

— En 1929, FOUCAUD, dans une étude sur les lymphadénies aleucémiques, range la lymphadénie tuberculeuse parmi les hyperplasies inflammatoires à agent spécifique connu, à côté de la lymphogranulomatose, hyperplasie inflammatoire à agent spécifique inconnu.

Il pense que le diagnostic de la lymphadénie tuberculeuse peut se faire par la localisation des ganglions, leur tendance à la périadénite, par l'absence de prurit et par l'évolution assez lente de cette maladie.

— CADE et TREPPOZ peu de temps après, publient

« un cas de lymphogranulomatose à forme pseudo tuberculeuse » et citent trois catégories de cas :

1° Ceux où la lymphogranulomatose simule la tuberculose;

2° Ceux où inversement la tuberculose simule la lymphogranulomatose, comme dans les lymphadénies tuberculeuses;

3° Ceux où la lymphogranulomatose est associée à la tuberculose.

— LAUBRY et MARCHAL étudient, en 1932, les rapports cliniques qui existent entre la maladie de STERNBERG et la tuberculose dans sa forme de lymphadénie généralisée, paucibacillaire, sans caséification et MARCHAL montre par des arguments cliniques, anatomiques et bactériologiques qu'il existe d'innombrables chaînons entre la lymphogranulomatose maligne et les adénites tuberculeuses.

— Dans sa thèse « Lymphogranulomatose et Tuberculose » ZIMMERN recherche surtout quelle est la nature de la maladie de HODGKIN et il relate deux observations absolument superposables de chacune de ces maladies et pour lesquelles le diagnostic a été fait par la seule biopsie.

— FOULON publie un premier cas de macropolyadénopathie tuberculeuse et un second cas portant cliniquement le même diagnostic et chez lequel l'examen histologique révéla des cellules de STERNBERG.

— Enfin en 1934, LEMAIRE, dans son étude « La maladie de HODGKIN est-elle de nature tuberculeuse ? » expose et résume les recherches bactériologiques, biologiques, histologiques, expérimentales et cliniques qui ont été faites sur ce sujet.

L'exposé que nous venons de faire de toutes les hypothèses et idées émises par les nombreux auteurs qui se sont occupés de la lymphadénie tuberculeuse, nous amène à présenter quelques remarques qui nous ont paru intéressantes à noter.

HODGKIN a décrit un syndrome qui est aussi bien celui de la lymphogranulomatose maligne que celui de la tuberculose hypertrophiante ou du lymphosarcome. Ne serait-il pas plus juste d'appeler la lymphogranulomatose maligne « Maladie de **PALTAUF** et **STERNBERG** » puisque ce sont eux qui les premiers ont individualisé cette affection.

Une autre remarque est la suivante : les classifications des états aleucémiques sont très variées et les avis différents lorsqu'il s'agit de définir la place que doit occuper la tuberculose dans sa forme de macropolyadénopathie.

Cette forme elle même a reçu des noms très divers : tuberculose hypertrophiante des ganglions lymphatiques, lymphome tuberculeux, tuberculose pseudolymphadénomateuse, adénie tuberculeuse, pseudoleucémie tuberculeuse ; mais depuis 1906 la plupart des auteurs ont adopté le terme de lymphadénie tuberculeuse.

C'est ce terme qui est en même temps une définition que nous emploierons pour caractériser la forme clinique d'adénopathie qui nous intéresse.

OBSERVATIONS

Voici maintenant deux observations de lymphadénie tuberculeuse.

A la fin de chacune d'elles nous signalerons les signes les plus intéressants par leur importance ou par leur rareté.

OBSERVATION I

Cette observation a été recueillie dans le Service de Monsieur le Professeur Agrégé Guy LAROCHE, Médecin de l'Hôpital Tenon.

Moh... Or..., âgé de 34 ans, exerçant la profession de garçon de café, entre à l'hôpital en mars 1934 pour une volumineuse tuméfaction cervicale droite.

Trois semaines auparavant il avait remarqué la présence d'un petit noyau qui assez rapidement s'était mis à grossir; cette augmentation de volume a provoqué une gêne fonctionnelle, un essoufflement qui date d'une huitaine de jours environ. Le malade ne présente aucun antécédent personnel, collatéral ou héréditaire.

A l'examen, d'emblée on est frappé par cette tuméfaction, ses caractères; elle est située dans la région cervicale droite, du volume d'une grosse orange, légèrement aplatie et étalée de bas en haut, elle occupe la région comprise entre le tiers interne de la clavicule et le bord antérieur du trapèze, elle est dure, d'une dureté ligneuse, irrégulière, bosselée, complètement indolore, fixée sur les plans profonds et ne suit pas les mouvements de la déglutition; la peau à son niveau ne présente aucune adhérence, elle glisse normalement et se laisse plisser facilement, elle est également normale d'aspect et il n'y a pas d'augmentation de la chaleur locale. Nous sommes donc en présence d'une adénopathie sus claviculaire droite.

Cette adénopathie nous fait rechercher s'il n'y a pas d'autres ganglions externes ou profonds qui seraient aussi augmentés de volume et en effet nous allons trouver successivement : une polyadénopathie cervicale gauche, le long de la chaîne jugulaire, avec ganglions un peu plus petits que des noisettes et un, sus-claviculaire, nettement plus gros, une adénopathie axillaire bilatérale, et une inguinale, bilatérale aussi; tous ces ganglions présentent à peu près les mêmes caractères : ils sont durs, mobiles, indolores. Il n'y a pas de ganglions abdominaux décelables.

Les ganglions trachéo-bronchiques seront recherchés par l'examen et la radio des poumons.

La rate, non palpable, est percutable sur quatre travers de doigt. Le foie est normal ainsi que le cœur.

L'examen pulmonaire va nous donner des signes très importants; à la percussion en avant il n'y a rien à signaler, mais en arrière nous trouvons une matité para-vertébrale gauche, occupant toute la hauteur des poumons; à ce niveau, à l'auscultation, nous trouvons un souffle; en dehors de cette zone la respiration est un peu rude avec quelques râles discrets de bronchite, en avant l'auscultation ne révèle absolument rien.

Le malade se plaint d'une grande gêne dans la respiration; bien souvent il est obligé de se mettre dans la position assise pour faciliter cette respiration, en particulier la nuit il dort ainsi. Il n'existe pas de de tirage sus ou sous sternal, il n'y a ni crachats, ni toux.

On note en outre des signes nerveux consistant en diplégie faciale totale, strabisme externe apparu en même temps que l'adénopathie cervicale, signe de Charles Bell.

La déglutition est difficile ainsi que la parole.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux; les pupilles réagissent normalement à la lumière, il n'y a ni Babinski ni troubles de la marche.

Le malade se plaint aussi d'une céphalée frontale continue, de somnolence et présente des vomissements sans effort, en fusée, survenant aussitôt après l'absorption des aliments.

Il a maigri de 4 à 5 kgs en l'espace de trois semaines, il n'a pas d'appétit et ressent une fatigue générale.

Il n'y a pas de température; pas de prurit; ni sucre ni albumine dans les urines.

L'examen radiographique montra de face une ombre verticale occupant toute la hauteur et la moitié du poumon gauche, débordant légèrement à droite. Pas de lésions parenchymateuses. En oblique, l'espace clair postérieur est remplacé par une ombre discontinue, ganglionnaire, accentuée dans la partie supérieure.

L'examen du sang donna le résultat suivant :

Hématics	3.620.000	Polynucléaires neutrophiles	72 %
Leucocytes ...	6.000	— eosinophiles	2 %
Hémoglobine .	80 %	Mononucléaires	11
		Lymphocytes	15

Le B. W. était négatif.

Une biopsie fut pratiquée et l'examen histologique montra un infiltrat lymphoïde considérable, des couronnes de cellules épithélioïdes et géantes avec nodules de caséification centraux, revêtant la forme de tuberculose folliculaire typique.

Le bacille de Koch a été trouvé en abondance.

On n'a pas pu déceler des cellules de STERNBERG ni aucune réaction tissulaire pouvant évoquer la lymphogranulomatose maligne. L'évolution s'est faite très rapidement; le malade décédait le 1^{er} juillet, un mois après sa sortie de l'hôpital, présentant des étouffements et une dyspnée intense.

Dans cette observation nous relevons quelques symptômes sur lesquels nous insisterons tout particulièrement en faisant le diagnostic positif de la lymphadénie tuberculeuse ce sont : l'association adénopathie cervicale, adénopathie médiastinale; l'atteinte profonde de l'état général, l'évolution rapide.

Malheureusement nous n'avons pu préciser exactement les circonstances dans lesquelles la mort est survenue; le malade avait encore nettement maigri, les étouffements étaient devenus de plus en plus fréquents, la dyspnée continue, et ce serait au cours d'une crise de dyspnée intense qu'il serait mort. Il ne paraît pas y avoir eu généralisation tuberculeuse.

OBSERVATION II¹

M. O..., âgé de 36 ans, vient consulter le 29 juin 1932 pour une volumineuse tumeur de la région cervicale gauche ne s'accompagnant pas de troubles fonctionnels.

Ce malade ne présente aucun antécédent héréditaire, collatéral ou personnel.

Le début de cette tumeur paraît remonter à deux mois; à ce moment, le malade constata la présence d'une petite boule de la grosseur d'une noisette qui très rapidement augmenta de volume, cette évolution s'est faite, accompagnée d'une température qui, parfois oscillait entre 38° et 39°, parfois aussi n'était que vespérale, atteignant 38°.

Cependant l'état général était excellent, le malade avait bon appétit, ne se sentait pas fatigué, n'avait pas maigri; c'est uniquement parce que cette tumeur avait atteint un volume considérable qu'il se décida à venir consulter.

A l'examen, il présente une très volumineuse adénopathie dans les régions sous-maxillaire et cervicale gauches, adénopathie de la grosseur de deux poings, mobile sur les plans profonds, indolore et d'une dureté ligueuse; la peau à son niveau est tout à fait normale, sans rougeur ni augmentation de la chaleur locale.

Il n'y a pas d'adénopathie cervicale droite, pas d'adénopathie axillaire gauche, discrète adénopathie axillaire droite.

Dans les régions superficielles inguinale, et profonde abdominale, il n'y a rien à signaler.

L'examen pulmonaire révèle à la percussion une matité postérieure para-vertébrale s'étendant sur une assez grande hauteur avec à ce niveau et à l'auscultation un souffle; en dehors de cette région, la respiration est normale en avant comme en arrière.

L'appareil cardiovasculaire ne présente aucun trouble.

Le foie ne déborde pas les fausses côtes et n'est pas douloureux.

La rate est augmentée de volume; elle est percutable sur 4 travers

(1) Cette observation nous a été communiquée par M. le Docteur MALLET, Electro-radiologiste des Hôpitaux, Chef du Service de Curiethérapie, à Tenon. Nous tenons à le remercier de sa grande obligeance.

de doigt mais surtout elle est très nettement sentie au cours de l'inspiration et facilement palpable.

Sur la peau, dans la région dorsale, en particulier, on voit des lésions de grattage et le malade se plaint d'avoir de fréquentes démangeaisons.

Il n'y a aucun trouble nerveux ou fonctionnel.

La radio montre de face une ombre verticale qui déborde à droite la ligne médiane; en oblique, le médiastin est occupé par une ombre importante, discontinue. Il n'y a aucune lésion parenchymateuse. En outre, sur la radio on voit une augmentation du volume de la rate.

La formule sanguine est la suivante :

GR : 5.300.000	Polynucléaires neutrophiles	54
GR : 3.000	Eosinophiles	2
	Lymphocytes	8
Hémoglobine 80 %	Moyens mononucléaires	16
	Grands mononucléaires	18
	Formes de transition	2

Le diagnostic clinique de cette adénopathie accompagnée de température, splénomégalie et prurit fut celui de lymphogranulomatose maligne.

On pratiqua une biopsie et l'examen histologique décela la nature de cette hypertrophie ganglionnaire : « aspect de tuberculose folliculaire qui paraît typique de tuberculose bien que l'on n'ait pas trouvé de B. K. »

Dans cette observation nous trouvons encore l'association ganglionnaire cervico-médiastinale, mais en plus un signe que l'on ne rencontre pas d'habitude dans la lymphadénie tuberculeuse et dont l'existence permettait d'orienter le diagnostic vers la maladie de PALTAUF et STERNBERG, c'est le prurit.

Enfin, nous insisterons sur la présence simultanée d'adénopathie, de température, de splénomégalie et de prurit.

ETUDE CLINIQUE DE LA LYMPHADENIE TUBERCULEUSE

DIAGNOSTIC POSITIF

Le diagnostic positif est très difficile à faire car la lymphadénie tuberculeuse ne présente aucun signe clinique pathognomonique; on devra donc se contenter de signes de présomption qui concourent cependant à faire un syndrome clinique assez bien défini.

Parmi ces signes, l'hypertrophie ganglionnaire est de beaucoup le plus important; par leurs caractères, leurs localisations, leur évolution spéciale, les troubles qu'ils entraînent, ces ganglions à eux seuls orientent en partie le diagnostic surtout lorsqu'ils s'accompagnent de signes secondaires tels que : splénomégalie, température, prurigo-lymphadénique, hyperleucocytose.

Cependant tous ces signes ne suffiront pas pour déterminer d'une façon absolue une lymphadénie tuberculeuse et seule la biopsie par l'examen histologique qu'elle permet de faire, donnera une certitude.

Nous allons étudier successivement les caractères des signes que nous venons d'énumérer; puis nous verrons quelle sera l'évolution de la maladie et son pronostic;

ensuite nous citerons les diverses formes cliniques sous l'aspect desquelles peut se présenter une lymphadénie tuberculeuse; enfin dans un dernier chapitre nous montrerons avec quelles maladies elles peut être confondue, plus spécialement nous rechercherons s'il existe des signes permettant de différencier cette maladie de la lympho-granulomatose maligne.

Nous prendrons comme type de description la lymphadénie ganglionnaire qui de loin est la plus fréquente des formes de lymphadénie tuberculeuse.

Les antécédents personnels ne nous apprennent rien, car il est très rare de trouver dans le passé pathologique du malade des traces de bacillose.

Le début est insidieux et il est toujours difficile de faire préciser au malade à quel moment ont commencé les troubles.

Depuis quelques semaines il est fatigué par le moindre travail, il a perdu un peu l'appétit, bien souvent même il a maigri mais surtout il a remarqué la présence d'une petite grosseur non douloureuse dans la région cervicale et généralement ce n'est que lorsque cette grosseur aura déjà acquis un volume important que le malade viendra consulter.

Il peut arriver aussi que cette grosseur, ce petit ganglion, tantôt sous-maxillaire, tantôt sus-claviculaire, donnant une certaine impression de dureté, reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long puis assez rapidement augmente de volume, soit spontanément, soit à l'occasion d'une maladie.

— A la période d'état ces hypertrophies ganglion-

naires vont dominer le tableau clinique autant par les déformations qu'elles provoquent que par les troubles fonctionnels qu'elles entraînent. En effet, ce petit ganglion qui siège généralement dans la région cervicale, exceptionnellement dans les régions axillaires ou inguinales va s'hypertrophier, en même temps d'autres ganglions voisins subissant le même processus, s'accolent au ganglion primitif tout en restant assez bien délimités entre eux et forment ainsi une masse unique, polylobée, parfois énorme.

Mais ce caractère extensif ne va pas rester localisé seulement à un groupe ganglionnaire; très souvent d'autres groupes vont être atteints à leur tour, tout particulièrement le groupe médiastinal et la fréquence de l'association de lésions médiastinales et de lésions cervicales est telle qu'on ne peut dire alors être en présence d'une forme clinique mais bien plutôt en présence d'un symptôme faisant partie du tableau clinique de la maladie.

C'est pour cette raison que devant une adénopathie cervicale volumineuse, on fera systématiquement une radiographie, même en l'absence de tout trouble fonctionnel, radio qui montrera dans la grande majorité des cas une adénopathie médiastinale qui sera passée inaperçue au cours de l'examen clinique.

Ces ganglions présentent un certain nombre de caractères : d'emblée, à la simple inspection, on est frappé par leur volume qui peut être considérable, par leur unilatéralité provoquant une asymétrie très prononcée; à la palpation, ces ganglions sont uniformément durs, parfois tels des ganglions cancéreux, d'une dureté ligneuse, sans au-

cun point de ramollissement, siégeant dans la région cervicale; lorsqu'ils sont moins volumineux, on peut mieux définir leur localisation soit sous-maxillaire, soit juxta-parotidienne, soit sus-claviculaire.

Leur surface est régulière, lisse; à leur niveau la peau est normale ne présentant ni rougeur, ni augmentation de chaleur et glisse facilement sur les ganglions sous-jacents, ceux-ci sont parfois adhérents aux plans profonds; ils sont parfaitement indolores à la palpation et ne déterminent aucune douleur spontanée.

Tels sont les caractères prédominants de ces adénopathies. Signalons que quelquefois elles siègent dans les régions axillaires, inguinales ou même adominale atteignant alors le groupe rétropéritonéal, lombaire ou iliaque.

Ces ganglions évoluent d'une façon constante et par définition même de la lymphadénie tuberculeuse vers la sclérose.

Les ganglions superficiels, par compression vasculaire ou nerveuse, n'entraînent que rarement des troubles; ceux-ci consistent alors et surtout en céphalée, diplégie faciale, strabisme par paralysie des muscles droits.

Par contre, les adénopathies profondes et en particulier les adénopathies médiastinales ne donnent aucune complication pendant tout le début de la maladie, mais, dès qu'elles ont atteint un certain volume, elles font apparaître les signes de la série médiastinale.

Les troubles fonctionnels sont des phénomènes de compressions et consistent en oppression, dyspnée, par compression de l'arbre trachéo-bronchique avec toux sèche, irritative, sans expectoration, en dysphagie qui peut être

douloureuse par compression œsophagienne, en tachycardie par compression du pneumogastrique, en paralysie des membres supérieurs par compression du plexus brachial.

Les ganglions médiastinaux seront découverts soit fortuitement, soit par les troubles fonctionnels qu'ils provoquent, soit au cours de l'examen général d'un lymphadénique.

Cette découverte sera faite par l'examen radiologique qui va montrer de face une ombre verticale plus ou moins volumineuse, débordant très souvent à gauche l'ombre cardio-vasculaire; en oblique, l'espace clair prévertébral sera occupé dans une grande partie de sa hauteur par l'ombre ganglionnaire.

Cliniquement, ces ganglions se révèlent par une zone de matité para-vertébrale s'étendant plus ou moins en hauteur et entraînant à ce niveau l'apparition d'un souffle qui est le souffle trachéal anormalement transmis par l'adénopathie.

— Tous ces symptômes s'accompagneront parfois de température; celle-ci loin d'être constante existe cependant dans un bon nombre de cas.

Réalisant des types variés elle est : soit intermittente et légère, soit continue et élevée avec de larges oscillations, soit inverse, forme décrite par COLRAT qui a tout particulièrement insisté sur sa fréquence dans la lymphadénie tuberculeuse, soit ondulante, type qui entre dans une forme clinique décrite par SABRAZÈS « évoquant par sa courbe thermique l'idée de fièvre de Malte ou de lymphogranulomatose ».

— Un autre signe assez important est l'atteinte de la rate par le processus lymphadénique; cette atteinte parfois légère peut aussi être très importante.

Dans le premier cas, la splénomégalie est minime, et la rate est palpable; dans le second cas, elle acquiert une importance telle qu'elle peut être le signe dominant ou même le seul signe de la lymphadénie réalisant alors une forme clinique de cette maladie que nous étudierons un peu plus loin.

— Enfin on pourra noter la présence de phénomènes cutanés consistant en un prurit plus ou moins intense qui, pour DUBREUILH, ne serait qu'une manifestation générale de la lymphadénie et auquel cet auteur a donné le nom de « prurigo lymphadénique ».

— L'examen du sang se montre assez contradictoire.

Le nombre de globules rouges est parfois augmenté, mais généralement il est diminué, en particulier quand l'affection a atteint un degré avancé; c'est le contraire pour les globules blancs dont le nombre est plutôt augmenté que diminué.

La formule leucocytaire est elle aussi variable : souvent normale, elle peut être cependant modifiée : le nombre des polynucléaires est augmenté ainsi que celui des lymphocytes.

— On pratiquera un examen complet du malade qui en dehors des différents symptômes que nous venons de décrire permettra de se rendre compte de l'intégrité du parenchyme pulmonaire au début; ce n'est en effet qu'à la période terminale de la maladie qu'on pourra assister à une généralisation tuberculeuse.

— Enfin une biopsie sera systématiquement pratiquée, car l'examen histologique qu'elle permet de faire montrera la présence du bacille de Koch dans le tissu lymphoïde ou tout au moins la présence de ses formes réactionnelles particulières : follicules tuberculeux avec cellules épithélioïdes et géantes et noyaux de caséification.

Bien souvent cet examen histologique lèvera tous les doutes et permettra de faire à lui seul un diagnostic de lymphadénie tuberculeuse.

Parfois cependant il donnera un résultat négatif ou montrera la malignité de cette affection car « à côté des réactions inflammatoires habituelles de la tuberculose, il existe des réactions bacillaires néoplasiques avec, du reste, tous les intermédiaires. » (GOUGEROT) et le Professeur ROQUE a étudié un cas « qui démontre l'existence de réactions bacillaires néoplasiques et met hors de doute que des tuberculoses ganglionnaires peuvent avoir l'aspect et la structure du lymphosarcome et que des tissus, édifiés par le B. K., peuvent être histologiquement identiques à ceux d'une tumeur maligne véritable ».

— L'évolution est toujours la même : elle se fait d'une façon progressive vers la mort et elle est beaucoup plus rapide qu'on ne le pensait jusqu'ici. (Cependant SABRAZÈS a signalé l'existence de tuberculose ganglionnaire à marche rapide « qu'on est autorisé à étiqueter pseudolymphogranulomatose »).

Du reste, quelle que soit la durée de l'évolution, le pronostic est fatal et la mort survient : par récurrence après ablation chirurgicale, car la lymphadénie tuberculeuse peut se comporter comme le lymphadénome le plus malin

(Deux observations de P. DELBET sont significatives à ce point de vue) ; elle survient le plus souvent par cachexie, généralisation ou compression d'un organe important.

FORMES CLINIQUES.

— Les formes cliniques sont très nombreuses, très variées ; nous les étudierons suivant la localisation du processus lymphadénique, suivant son évolution, suivant l'âge des sujets atteints.

— La localisation est extrêmement variable ; elle peut être superficielle ou profonde, unique ou multiple, ganglionnaire ou extra ganglionnaire.

— L'adénopathie unique évoluant progressivement vers la mort, sans généralisation ni localisation surajoutée, est rare, cependant, on peut très bien voir une lymphadénie cervicale et même inguinale rester isolée.

Il existe aussi des cas de localisation abdominale (CORDIER, LÉVY et NOVÉ-JOSSERAND) et thoracique (publiée dans la Revue de la Suisse Romande par P. HUGUENIN) qui évoluèrent sans autre atteinte ganglionnaire.

Mais le plus souvent l'adénopathie unique est le seul signe d'une lymphadénie dans sa période de début ; elle siège généralement dans la région cervicale puis un peu plus tard d'autres adénopathies vont apparaître soit superficielles, axillaires ou inguinales, soit profondes ; parmi celles-ci l'adénopathie trachéo-bronchique est de loin la plus banale et fait partie de la forme la plus vulgaire de

lymphadénie tuberculeuse, celle qu'on a prise comme type de description dans le diagnostic positif.

Parmi les localisations extra ganglionnaires, la splénique est la plus intéressante; elle peut être unique et la rate se comporte alors comme un gros ganglion tuberculeux réalisant une lymphadénie splénique (RENDU et WIDAL), mais le plus souvent elle est associée soit à des ganglions, réalisant une forme adéno-splénique assez fréquente (observation de PORAK et APERT), soit à d'autres viscères (observation de COURMONT, TIXIER et BONNET).

La lymphadénie se rencontre aussi chez l'enfant; nous citerons les cas de tuberculose spléno-ganglionnaire simple, et associée à des ganglions médiastinaux, publiés par RIBAUDEAU-DUMAS et celui d'adénopathie cervicale et trachéo-bronchique décrit par WEILL et LESIEUR et dans lequel il y avait des troubles nerveux : compression du pneumogastrique avec cœur rapide et accès de dyspnée, compression du plexus brachial avec paralysie du bras.

Enfin nous avons des formes cliniques suivant l'évolution; celle-ci est en général assez lente (DUCLION) dans sa thèse pense qu'elle se fait en 5-10 ans), mais les cas où la terminaison se fait rapidement sont loin d'être rares, parfois même ils revêtent un caractère de malignité certaine par l'évolution très brève ou par les récives après ablation.

Par l'évolution très brève ? c'est le cas auquel SABRAZÈS a donné le nom de pseudolymphogranulomatose.

Par les récives ? DELBET a publié deux observations de ganglions enlevés chirurgicalement et qui ont récidivé; dans la deuxième observation nous voyons qu'un an après

l'intervention, la malade revint cachectique, avec tous les ganglions atteints et présentant au complet les caractères du lymphadénome le plus malin; la mort survint peu de temps après.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Tous les signes décrits à propos du diagnostic positif de la lymphadénie tuberculeuse réalisent un syndrome qu'on peut rencontrer dans plusieurs maladies, et qui de ce fait est susceptible de prêter à confusion.

Toutefois il est des cas où le diagnostic différentiel se fera d'une façon certaine : en présence d'adénopathie unique, on éliminera facilement les adénites aiguës consécutives à une plaie enflammée, à une maladie infectieuse; ces hypertrophies ganglionnaires évoluent en quelques jours, elles sont douloureuses, s'accompagnent d'une grosse température et disparaissent avec la maladie qui les a produites.

— Dès qu'il s'agit d'adénopathies chroniques, le diagnostic devient plus difficile; parmi celles-ci cependant les leucémies seront reconnues par l'examen hématologique.

Mais entre cette forme particulière de tuberculose ganglionnaire multiple et le lymphadénome, le lymphosarcome, l'adénite syphilitique tertiaire, l'adénopathie cancéreuse secondaire à un néoplasme peu apparent ou profond, entre ces diverses formes d'hypertrophies ganglionnaires le diagnostic est délicat.

Le lymphadénome, par la bilatéralité des tuméfactions, par les caractères de ces tuméfactions qui ne sont pas très

dures, relativement mobiles, par l'atteinte profonde de l'état général, par l'évolution rapide, sera différencié de la lymphadénie tuberculeuse.

Pour le lymphosarcome, l'unilatéralité des ganglions qui sont très durs, fixés, envahissants, récidivants, les phénomènes de compression nombreux et provoquant souvent la mort, l'évolution cachectisante, progressive, rapide et fatale sont autant de signes particuliers qui permettront de préciser le diagnostic.

L'adénopathie cancéreuse est facilement reconnue quand le néoplasme qui en est la cause, néoplasme de la base de la langue, de l'amygdale ou du pharynx, subsiste encore; mais la lésion primitive peut être minime, passer inaperçue au cours de l'examen le plus minutieux d'un laryngologiste, ou même avoir disparu depuis longtemps, alors il faudra se baser, pour établir un diagnostic, sur le siège des ganglions, sous et rétro-sous-angulo-maxillaire, sur leur dureté de fer, sur leur adhérence aux plans profonds, sur leur développement rapide et fatal.

Les adénopathies hypertrophiques syphilitiques tertiaires, auxquelles on a donné les noms de lymphome gommeux, granulome syphilitique, pseudoleucémie syphilitique, sont rares, de grosseur moyenne et siègent principalement dans la région inguinale, pouvant coïncider avec d'autres localisations telles que aortite, cicatrices cutanées.

Pour diagnostiquer cette forme de syphilis on s'en rapportera aux commémoratifs, aux lésions concomitantes, au B W et même on pourra instituer un traitement spécifique d'épreuve.

Enfin nous étudierons la maladie de PALTAUF et

STERNBERG et nous chercherons s'il est possible de la distinguer cliniquement de la lymphadénie tuberculeuse.

Nombreux sont les auteurs qui reconnaissent la grande difficulté qu'il y a pour établir un diagnostic, cependant ils donnent certains signes qui leur semblent suffisants pour orienter l'examen clinique : la présence de périadénite, l'absence de prurit et d'éosinophilie, l'évolution lente et relativement bénigne seraient autant de symptômes en faveur d'une lymphadénie tuberculeuse.

Nous allons reprendre successivement les signes que nous avons décrits dans la tuberculose hypertrophiante des ganglions lymphatiques et que nous retrouvons dans la lymphogranulomatose et nous chercherons s'il n'y a pas quelques particularités dans ces signes qui nous permettraient de différencier ces deux maladies.

— Peut-être les ganglions par leur siège, le long de la chaîne carotidienne dans la tuberculose et sus-claviculaire dans la lymphogranulomatose, au début de ces maladies, pourraient-ils nous donner une indication; malheureusement nous ne voyons les malades qu'à la période d'état, à ce moment les adénopathies, quelle que soit leur origine, sont volumineuses, occupent toute une région cervicale, ont des caractères identiques, une évolution semblable et ne peuvent contribuer à établir un diagnostic.

— La température ne nous aidera pas davantage; d'abord elle peut manquer dans l'une et l'autre maladie qui nous occupent; si elle existe elle peut être irrégulière sans courbe bien définie, ou réaliser un type qui n'aura aucun caractère particulier et qui sera incapable de donner une indication.

— Différents auteurs ont attribué une grande importance sémiologique à la présence de splénomégalie dans la lymphogranulomatose maligne.

FOULON, dans sa thèse pense qu'elle a une valeur diagnostique considérable.

Dans une autre thèse inspirée par NOBÉCOURT, une statistique portant sur 163 cas de cette affection montre que la rate est intéressée d'une façon presque constante.

Pour SALOZ et MACH (22^e Congrès Français de Médecine) cette splénomégalie est un des grands symptômes de la maladie, symptôme souvent peu accusé cliniquement, mais qu'il faut rechercher avec soin.

Il semble qu'on ait accordé à ce signe plus d'intérêt qu'il n'en a en réalité car il ne permettra pas de distinguer la maladie de PALTAUF et STERNBERG de la lymphadénie tuberculeuse; dans celle-ci, en effet, l'atteinte de la rate se rencontre assez fréquemment et parfois même est le seul signe de la maladie.

— Quant aux manifestations cutanées qu'on peut rencontrer dans la lymphogranulomatose il en est une, si on en croit de nombreux auteurs, qui aurait une importance capitale et qui contribuerait dans une grande mesure à orienter le diagnostic sur cette maladie, c'est le prurit.

La fréquence de ce symptôme paraît très variable dans les statistiques; certains, tel BARRON, pensent que le prurit n'existe que dans 15 % des cas environ, mais généralement on admet qu'il est beaucoup plus fréquent et qu'il fait partie du tableau clinique.

FAVRE et COLRAT le donnent comme un « symptôme de haute valeur imprimant à l'affection un caractère spécial ».

Pour CROIZAT (3^e réunion plénière de la Société d'Anatomie) « le prurit et le prurigo méritent de prendre place au nombre des symptômes objectifs les plus importants et les plus caractéristiques ».

D'autre part, HOLDING et BROWN ont insisté sur l'importance de ce « prurigo idiopathique » comme prodrome d'une lymphadénie et DUBREUILH, sous le nom de prurigo lymphadénique, en a fait une manifestation générale des lymphadénies; mais il spécifie bien qu'il ne l'a jamais observé dans celles qui ont une origine tuberculeuse.

COLRAT pense que le prurit manque toujours dans la lymphadénie tuberculeuse et FAVRE au IV^e Congrès de Dermatologie à donné ainsi son opinion : « la tuberculose dans certaines formes, d'ailleurs rares, peut prendre l'aspect d'une lymphadénie. Dans cette forme généralisée de tuberculose lymphatique le prurit n'est pas signalé sauf dans un cas rapporté par PETGES, mais avec bien peu de détails cliniques et histologiques ».

Enfin, RIEUX à ce sujet, écrit : « la peau peut offrir toutes les manifestations tuberculeuses (lupus érythémateux, lymphangite tuberculeuse) mais on n'observe pas l'érythème prurigineux si fréquent dans la maladie de HODG-KIN ».

En plus de ce cas rapporté par PETGES de lymphadénie tuberculeuse avec prurit, nous signalerons celui de VIDAL et ANSELME-MARTIN, nous y joindrons l'observation II que nous avons décrite et nous concluerons que le prurit, qui du reste assez souvent fait défaut dans la maladie de PALTAUF et STERNBERG, peut très bien se trouver dans la lymphadénie tuberculeuse et qu'il nous

est impossible de nous baser sur ce symptôme pour orienter un diagnostic d'hypertrophie ganglionnaire.

— De même l'examen hématologique ne pourra nous servir utilement; la formule sanguine ne présente aucune variation intéressante, seule l'éosinophilie, que certains auteurs (FAVRE, COLRAT, RIEUX) ont considérée comme un symptôme d'une très grande importance pour diagnostiquer une lymphogranulomatose maligne, pourrait donner une indication; cependant « dans la forme ganglionnaire habituelle elle est souvent inexistante ou tout au moins ne dépasse pas 2 % » (FOULON). Pour GUGGENHEIM, TITU VASILIU, l'éosinophilie serait inconstante et même la formule hématologique normale.

D'autre part, cette éosinophilie peut être présente dans la lymphadénie tuberculeuse (P. E. WEILL et M. BLOCH, VIDAL et ANSELME-MARTIN) et au 22^e Congrès Français de Médecine, GOIA a donné son avis : « Dans le lymphosarcome, la syphilis, la maladie de NICOLAS et FAVRE, le lymphome tuberculeux, on peut rencontrer, en vérité avec une fréquence réduite, tous les syndromes sanguins considérés comme caractéristiques d'une lymphogranulomatose ».

— Parmi tous les signes qui caractérisent la maladie de PALTAUF et STERNBERG et la lymphadénie tuberculeuse nous n'en pouvons trouver aucun qui puisse nous guider pour différencier ces maladies.

Seule la biopsie par l'examen histologique qu'elle permet de pratiquer aura un intérêt certain. Mais il faut savoir qu'il existe des cas d'adénie éosinophilique prurigène et fébrile sans cellule de STERNBERG (DUCAMP et GUI-

BERT) dont l'étiologie restera inconnue car la grande cellule de STERNBERG est indispensable pour diagnostiquer une lymphogranulomatose maligne. (TITU VASILIU et ION-GOIA).

CONCLUSIONS

1. La lymphadénie tuberculeuse se manifeste par un ensemble de signes cliniques dont aucun n'est pathognomonique; cet ensemble réalise un syndrome qui présente de grandes analogies avec certains états aleucémiques et une identité clinique complète avec la lymphogranulomatose : les petits signes différentiels que l'on donnait jusqu'ici pour orienter le diagnostic pouvant se trouver, comme le montrent nos observations dans l'une et dans l'autre de ces maladies.

2. Cette identité dans les signes, dans l'évolution, dans le pronostic rapproche ces deux maladies; on pourrait donc leur donner un nom commun, celui de lymphadénie : un abcès sera toujours appelé abcès quel que soit le germe en cause, une lymphadénie sera appelée lymphadénie qu'elle soit d'origine tuberculeuse ou granulomateuse, d'autant plus que l'on n'est pas encore sûr de la pathogénie de cette dernière qui pourrait être une forme réactionnelle spéciale vis-à-vis du bacille tuberculeux ou d'un bacille tuberculeux modifié.

3. Seuls la biopsie et l'examen histologique permettront de faire le diagnostic différentiel entre la lymphadénie tuberculeuse et la lymphadénie granulomateuse; mais il faut savoir que parfois l'examen ne pourra mettre

en évidence ni le bacille de Koch ou ses réactions tissulaires caractéristiques, ni les cellules de STERNBERG, ou montrera au contraire une intrication des deux.

4. Enfin ces lymphadénies seront appelées aleucémiques pour montrer qu'il n'existe aucune atteinte des globules blancs, et ainsi par ce terme de lymphadénies aleucémiques nous entendrons tous les états présentant des hypertrophies ganglionnaires chroniques à évolution constamment progressive, ne s'accompagnant pas d'altérations leucémiques du sang.

Le Doyen,
G. ROUSSY.

Le Président de Thèse,
A. CLERC.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREW. — Lymphadénoma in its relations to tuberculosis *Transact. of the path. soc. of London*, 1902, vol 53, p. 305.
- APERT et PORAK. — Tuberculose splénique et ganglionnaire à forme de lymphadénie à début splénique. *Bull. soc. Anatomie*, 1911, p. 111.
- ASKANAZY. — Tuberkulose lymphome unter dem Bilde febrile Pseudoleukoemie verlaufend. *Beiträge zur path. Ana. und zum allg. Pathologie*, 188, Bd. 3, p. 411.
- AUBERTIN. — Lymphogranulomatose maligne. *Journal Méd. Fr.*, tome XVII. Janv. 6928.
- AUBRY et VILLARD. — Lymphadénie pseudoleucémique chez une jeune fille de 17 ans. *Gaz. Méd. de Nantes*, 11 févr. 1899, p. 125.
- BABONNEIX et POLLET. — Lymphome tuberculeux. *Soc. méd. des Hôp.*, 30 oct. 1925.
- BERGER. — Le lymphogranulomatose malin. *Ann. An. Path.*, 1924, 179.
- BERGER et BEZANÇON. — Tuberculose ganglionnaire pseudolymphadénique. *Bull. Ac. Méd.*, 1899, p. 175.
- BEZANÇON et LABBÉ. — Lymphadénomes. *Congrès Lille*, 1899, p. 450.
- BOBOCHEVSKI. — La lymphadénie tuberculeuse. *Thèse Lyon*, 1920.
- BRENTANO et TANGL. — Beitrag zur Etiologie der Pseudoleukoemie. *Deutsche med. Woch.*, 1891, p. 588.
- CADE et TREPPOZ. — Un cas lymphogranulomatose maligne à forme pseudo-tuberculeuse. *Lyon médical*, 1931, p. 25.
- CASTAIGNE. — Lymphadénie sans leucémie. *Journal Méd. Fr.*, tome XVIII. Janv. 1928.
- CLERC. — Leucémie et lymphadénie. *Monde Médical*. Juin 1925, p. 463.
- Lymphadénies lymphatiques aleucémiques. *Bull. et mém. de la Soc. Hôp. Paris*, 1902, p. 854.

- COLRAT. — L'adénie éosinophile prurigène. *Thèse Lyon*, 1921.
- CORDAT, LÉVY, NOVÉ-JOSSERAND. — Lymphadénie aleucémique d'origine tuberculeuse. *Arch. méd. exp. et an. path.* Mars 1917.
- COURMONT, TIXIER, BONNET. — Lymphadénie tuberculeuse. *Journal de phys. et path. générale*, 1899, p. 826.
- CROWDER. — Generalised tuberculous lymphadenitis with the clinical and anatomical picture of pseudoleucemia. The study of a case. *New york méd. Journal*, 1900, p. 443.
- DELBET. — Des hypertrophies ganglionnaires généralisées, origine infectieuse du lymphadénome malin. *Semaine Médicale*, 1893, n° 54, p. 430.
- DEMANGE. — Etude sur la lymphadénie. *Thèse Paris*, 1874.
- DIETRICH. — Ueber die Beziehungen der malignen lymphome zur Tuberkulose. *Beitr. Klin. Chir.*, 1896, t. XVI, p. 377.
- DUBREUILH. — Prurit et lymphadénie. *Ann. de Derm. et Syph.*, 1905, tome VI, p. 665.
- DUCAMP. — Adénie éosinophile prurigène et fébrile sans cellule de Sternberg. *Arch. Soc. des sc. méd. et bio. de Montpellier*, 1927-1928, p. 266.
- DUFFAU. — Nature de la lymphadénie. — *Gaz. hebd. des Sc. méd. de Bordeaux*, 14 février 1890, p. 80.
- DUPLAY. — Lymphadénome et adénopathie tuberculeuse. *La France Médicale*, 19 fév. 1892, p. 113.
- FAVRE. — Adénie éosinophile prurigène. *Ann. dermat. et syph.*, 1918-1919, tome VII, p. 1.
- Prurigo lymphadénique. *Ann. dermat. et syph.*, 1926, p. 112.
- FISCHER. — Ueber malignes Lymphom. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1897, t. LV, p. 467.
- FORGUE. — Lymphadénie tuberculeuse. *Forgue*, tome I, p. 519.
- FOUCAUD. — Lymphadénie aleucémique. *Thèse Paris*, 1919.
- FOULON. — La place nosologique de la lymphogranulomatose maligne. *Thèse Paris*, 1932.
- GAUDIANI. — Dei rapporti tra la pseudoleucemia e alcune forme di tubercolosi glandolare. *Riforma medica*, 1910, n° 27, p. 741.
- GOUGEROT. — Réactions néoplasiques des tissus conjonctifs au bacille de Koch. *Journal de phy. et path. générale*, 15 nov. 1908, p. 1066.
- GUGGENHEIM. — De la lymphogranulomatose maligne et de ses rapports avec les autres lésions systématiques de l'appareil hémato-poïétique. *Thèse Paris*, 1913.

- HARVIER. — Diagnostic des lymphadénies aleucémiques. *La Médecine*, 1920, p. 359.
- HEBB et WILLS. — Case of Lymphadenoma. *Westminster Hosp. Rep. London*, 1890.
- HITSCHMANN and STROSS. — Zur Kenntnis der Tuberkulose des lymphatischen Apparates. *Deutsche-med. Woch.*, 1903, n° 21.
- JACCOUD. — *Pathologie interne*, Tome II, p. 852.
- *Clinique médicale de l'Hôpital Lariboisière*, Paris 1872.
- LA ROY. — Etude anatomo pathologique et clinique de la tuberculose à masque pseudoleucémique. *Arch. int. de chir.*, 1906, tome III, p. 603.
- LAUBRY et MARCHAL. — Maladie de Hodgkin et tuberculose. *Presse méd.*, 14 sept. 1923, n° 74, p. 1.397.
- LEENHARDT. — Lymphadénie tuberculeuse. *Montpellier médical*, 9 janv. 1910, n° 2.
- LETULLE. — Lymphadénie. *An. path.*, tome II.
- LICHTENSTEIN. — Pseudoleukoemie und Tuberkulose. *Virchow's Arch.* 1910, p. 22.
- RENDU, WIDAL. — Splénomégalie tuberculeuse sans leucémie. *Soc. méd. des hôp.*, Paris, tome XVI, p. 528.
- RIBADEAU-DUMAS. — Sur certaines formes de splénomégalie tuberculeuse. *Rev. mal. enf.*, 1903, n° 25, p. 349.
- RIEUX. — Pseudoleucémie tuberculeuse. *Arch. mal cœur*, 1912, p. 468.
- RISPAL. — Forme adéno-splénique de la lymphadénie tuberculeuse. *La Province Médicale*, 27 janv. 1906, p. 38.
- ROQUE. — Lymphadénie ganglionnaire aleucémique d'origine tuberculeuse. *Revue médicale* (Jubilé du prof. Lépine), 1911, p. 747.
- SABRAZÈS. — La macropolyadénopathie tuberculeuse. *Edit. Vigot*, Paris, 1903.
- Lymphadénie d'origine tuberculeuse. *Soc. An. et Phys., Bordeaux*, 8 fév. 1892, fasc. 1.
- Leucémie et adénie. *Rapport au Congrès de Chirurgie de Lille*, 29 juillet 1899.
- Macropolyadénopathie pseudolymphomateuse. — *Journal méd. fr.*, janv. 1928, p. 32.
- Polyadénopathies tuberculeuses non ouvertes. — *Gaz. hebdomadaire des Soc. méd. Bordeaux*, 1929, n° 25.
- Sur la lymphogranulomatose maligne. *Soc. bio. Bordeaux*, 1926, p. 1.355.

SCHUR. — Zur symptomatologie der « Unter dem Bilde der Pseudo-leukoemie, verlanfeuden Lymphdrüsentuberkulose ». *Wiener Klin. Woch*, 1903, n° 5.

STERNBERG. — Ueber eine eigenartige, unter dem Bilde der pseudoleukoemie verlaufeude. Tuberculose des lymphatischen Apparates. *Zeitschrift Klin. med.*, Bd. 9, p. 245.

TAPIE. — Lymphadénie. *Prat. méd. chir.*, 1931, p. 1344.

TESSEYRE. — La lymphadénie aleucémique. *Thèse Paris*, 1919.

TROUSSEAU. — *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu*, 1877, t. III, p. 609.

VIDAL, PUECH, ANSELME MARTIN. — Adénie éosinophile prurigène et fébrile symptomatique d'une tuberculose ganglionnaire. *Arch. Soc. des Sc. méd. et bio. de Montpellier*, nov. 1931, p. 61, (publiée en janvier 1932).

P.-E. WEILL et M. BLOCH. — Lymphadénie. *Précis de path. méd.*, tome V.

WEILL et CLERC — Lymphadémies lymphatiques aleucémiques. *Bull. et mém. de la Soc. Hôp. Paris*, 1902, p. 854.

WEILL et DUFOURT. — Contribution à l'étude de la lymphadénie. *Lyon méd.*, 1920, p. 678.

WEILL et LESIEUR. — Lymphadénie tuberculeuse chez l'enfant. *Arch. méd. enf.*, mars 1907, p. 129.

ZIMMERN. — Lymphogranulomatose et tuberculose. *Thèse Paris*, 1932.

